

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Suzanne NGUYEN, née RIVET

le 30 Novembre 1907 à PARIS

L'IMPORTANCE SOCIALE
DES
MALADIES RHUMATISMALES

Président : M. L. TANON, Professeur

LANE LIBRARY

L'ENTENTE LINOTYPISTE

56, Rue Jacob

PARIS (VI°)

1941

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Suzanne NGUYEN, née RIVET

le 30 Novembre 1907 à PARIS

L'IMPORTANCE SOCIALE DES MALADIES RHUMATISMALES

Président : M. L. TANON, Professeur

L'ENTENTE LINOTYPISTE

56, Rue Jacob

PARIS (VI^e)

1941

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Le Doyen...... BAUDOUIN.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	ROUVIÈRE.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI.
Bactériologie.....	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	PASTEUR-VALLÉRY- RADOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.....	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	N...
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	LEMIÈRE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	N...
Clinique des maladies infectieuses.....	GOSSET.
Clinique chirurgicale.....	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	VELTER.
Clinique urologique.....	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique.....	MOQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAÎTRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	N...
Clinique propédeutique.....	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-Sociale.....	N...
	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
Professeurs sans chaire.....	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE.	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIÉTY.	Pathologie médicale.	HAGUENAU.	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) . . .	Pathologie médicale.	HALPHEN.	Oto - rhino-laryngologie.
BESANÇON (Justin) . . .	Hydrologie.	JOANNON.	Hygiène.
BONNET.	Bactériologie.	LACOMME.	Obstétrique.
BOULANGER.	Chimie.	LANTUÉJOL.	Obstétrique.
BOULIN.	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET.	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE.	Pathologie expérimentale.
CACHERA.	Pathologie médicale.	LENÈGRE	Pathologie médicale.
CORDIER.	Anatomie.	M ^{me} J. LÉVY.	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL.	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger) . .	Urologie.	MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY.	Pathologie médicale.	MOUQUIN.	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL.	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE.	Médecine légale.	PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET.	Obstétrique.	RENARD	Ophtalmologie.
DOGNON.	Physique.	RICHEL.	Physiologie.
FÈVRE.	Pathologie chirurgicale.	SÈNÈQUE.	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO. . . .	Pathologie chirurgicale.	SICARD.	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD.	Parasitologie.	SOULIÉ.	Pathologie médicale.
GARCIN.	Pathologie médicale.	SUREAU.	Obstétrique.
M ^{me} GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique.	TURPIN.	Pathologie médicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH.	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE.	Pathologie chirurgicale.	PIÉDELÈVRE.	Médecine lég.
BUSQUET.	Pharmacologie.	LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	LE LORIER	Obstétrique.
GUÉNIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL.	Obstétrique.
		HUGUENIN.	Anat. patholog.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.

ALAJOUANINE.
BRULÉ.
CATHALA.
CHABROL.
CHEVALLIER. .
DONZELOT.
DUVOIR.
GASTINEL.
FEY.
LAROCHE (G.)
LIAN.
MOREAU.
SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.

BASSET.
BROcq.
CADENAT.
GATELLIER.
DE GAUDART
D'ALLAINES.
LEVEUF.
MOULONGUET
MOURE.
QUENU.
FEY

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE.
METZGER.
PORTES.
VIGNES.

Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.
LEDoux-LEBARD.
RUPPE
WEIL-HALLÉ.

Education physique.
Radiologie clinique.
Stomatologie.
Puériculture.

108755

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MARI.

A MA FILLE.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A M. LE PROFESSEUR TANON,

Professeur à la Faculté de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur,

*Qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse, en témoi-
gnage de ma respectueuse reconnais-
sance.*

A MON MAITRE:

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CATHALA,

Médecin de l'Hôpital Trousseau,
Chevalier de la Légion d'Honneur, Croix de Guerre,

*Qui m'a donné le goût de la pé-
diatrie, en témoignage de ma pro-
fonde gratitude.*

A MON MAITRE:

M. LE PROFESSEUR MOCQUOT,

Professeur de Clinique Gynécologique de la Faculté,
Chirurgien de l'Hôpital Broca,
Chevalier de la Légion d'Honneur, Croix de Guerre,

*Auprès de qui j'ai toujours trouvé
un accueil plein de bonté et un pré-
cieux enseignement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS:

M. LE DOCTEUR DENICKER.

M. LE DOCTEUR BOPPE.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BOULIN.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION.

Actualité des maladies rhumatismales.

Les rhumatismes, aussi vieux que l'humanité, comme le prouvent, du moins pour les formes chroniques, de nombreux documents anatomiques de la préhistoire, ont connu, depuis le début de ce siècle et surtout dans les dernières années, un regain d'actualité. Ils constituent, en effet, un des domaines de la médecine, qui, après avoir bénéficié des orientations anatomo-cliniques et en partie étiologiques des recherches, connaît un véritable renouveau avec l'orientation actuelle, physio-pathologique, fonctionnelle, pathogénique de la médecine moderne.

A de nombreux points de vue, le chapitre des affections rhumatismales constitue un domaine en plein remaniement.

Le cadre nosologique des rhumatismes n'est pas encore parfaitement tracé. On a progressivement séparé du cadre de la vieille « arthritisme », toute une série de manifestations : les arthrites spécifiques (tuberculose, syphilis, inflammations suppurées des synoviales à staphylocoques, streptocoques, etc.) ; l'ostéochondrite disséquante et la chondromatose articulaire ; les ostéopathies (anomalies congénitales du squelette) ; les myosites et certaines maladies autonomes du tissu conjonctif (sclérodermie, etc.) ; les arthropathies nerveuses et hémophiliques.

Il n'en reste pas moins une série d'affections, dont les rapports avec le rhumatisme ne sont pas bien déterminés, notamment la goutte, certaines arthrites traumatiques et professionnelles, etc.

Dans le cadre même des maladies rhumatismales, une grande distinction est à faire, entre la forme aiguë, représentée surtout par le rhumatisme articulaire aigu ou maladie de Bouillaud, présentant un tableau clinique bien ca-

ractérisé, et le groupe encore disparate et polymorphe des rhumatismes chroniques. En France, d'ailleurs, on considère qu'il n'y a pas de liaison directe entre ces deux formes et que pratiquement, il est très rare d'observer une maladie de Bouillaud, évoluant vers des formes chroniques articulaires.

Il n'en est pas de même à l'étranger, où pour beaucoup d'auteurs, toute une catégorie de rhumatismes (« les rhumatismes secondairement chroniques ») ne seraient que la conséquence, le plus souvent, d'une maladie de Bouillaud.

Aussi, les classifications des affections rhumatismales varient-elles suivant les différents auteurs et les différentes conceptions étiologiques et pathogéniques.

On peut cependant englober, suivant les conceptions actuelles, dans le cadre du rhumatisme: « une série d'affections très diverses, entités morbides vraies et surtout groupe de syndromes, qui traduisent l'inflammation, l'irritation ou la dégénérescence du tissu conjonctif, de ses dérivés et de son réseau nerveux, portant tout particulièrement sur les articulations et les organes annexes des jointures. Elles se manifestent par des douleurs ou de l'impotence fonctionnelle, sans jamais aboutir à la suppuration. » (Weissenbach et Françon.)

L'étiologie des affections rhumatismales a été fouillée plus attentivement ces dernières années. Dans la maladie de Bouillaud, on a plus particulièrement étudié le rôle du sexe, de l'âge, du terrain, de l'hérédité, des prédispositions physiques et mentales, de la race, du climat, de la profession, des conditions d'habitation, de la classe sociale, de la contagiosité, du traumatisme, des fautes de régime et troubles du métabolisme.

On retrouve la plupart de ces facteurs dans l'étiologie des rhumatismes chroniques, à l'origine desquels l'hérédité, la profession et le climat (influences météorologiques, froid et refroidissement), semblent jouer un rôle plus important que dans la maladie de Bouillaud.

La pathogénie et les mécanismes pathogéniques des rhumatismes ont été et sont encore l'objet de très nombreuses discussions.

La maladie de Bouillaud est considérée en France, par la plupart des auteurs, comme une infection spécifique à virus encore inconnu. Cependant, tant en France qu'à l'étranger,

d'autres opinions ont été défendues. On a ainsi attribué à cette maladie :

— Une origine streptococcique, l'agent causal ayant été même isolé. Ce serait le streptococcus cardio-arthritidis de Sinall, ou encore le streptococcus viridans pour d'autres. Il est certain, en tout cas, que la maladie de Bouillaud sensibilise vis-à-vis des infections streptococciques, d'où la possibilité d'endocardite maligne, greffée sur une atteinte valvulaire rhumatismale.

— Une origine tuberculeuse, par analogie au rhumatisme tuberculeux de Poncet. Ce serait surtout l'ultravirus tuberculeux qui serait incriminé.

— Une origine réactionnelle articulaire vis-à-vis de germes variés, mise en évidence par des introdermoréactions avec des vaccins à germes différents: staphylocoque, streptocoque, etc.

— Une origine allergique. Cette opinion a été fondée surtout sur le fait de l'analogie des manifestations articulaires rhumatismales avec celles observées dans la maladie sérique: dans les deux cas, caractère bruyant, fluxionnaire, transitoire, non suppuratif des manifestations articulaires.

Ces dernières années on a surtout insisté sur l'importance des manifestations cardiaques, qui ne manquent presque jamais et qui constitueraient pour F. Bezançon, la localisation capitale et nécessaire de l'affection, qui serait ainsi: « une cardiopathie chronique à poussées successives sur le système séreux ».

Le mécanisme pathogénique est encore plus obscur, pour ce qui concerne les rhumatismes chroniques. On a invoqué, en effet, plusieurs séries de facteurs:

— Les infections. Le microbe peut agir directement ou par l'intermédiaire des toxines qu'il libère ou encore par l'entremise des anticorps créés par l'organisme, pour répondre à son agression. A l'étranger, on a beaucoup insisté sur l'infection focale, localisée surtout au niveau des dents, des amygdales, des sinus, et qui serait à l'origine de la plupart des rhumatismes chroniques. On ignore encore l'agent pathogène véritable; mais, dans de nombreux cas, on trouve l'intervention du bacille de Koch, du gonocoque, du streptocoque, du tréponème, enfin des microbes banaux des infections focales.

— Les intoxications, qui peuvent être exogènes (oxyde de carbone, mélinie, plomb) et surtout endogènes, par troubles du métabolisme (rhumatisme goutteux, oxalémique, etc.).

— Les troubles humoraux, dont le rôle ne fait que s'accroître. Ils englobent les déséquilibres colloïdaux et physico-chimiques, l'allergie, l'anaphylaxie, la sensibilisation.

— Les troubles vasculaires, surtout au niveau des capillaires, avec ralentissement de la circulation capillaire. On a signalé aussi un rhumatisme par hypertension, dans lequel le facteur vasculaire est au premier plan.

— Les troubles mécaniques, pouvant entraîner des arthrites traumatiques, statiques, professionnelles, de posture.

— Les troubles nerveux. On a invoqué le rôle du système cérébro-spinal, étant donné dans certains cas la forme symétrique des manifestations articulaires, en y voyant l'influence exercée sur le système nerveux central par le virus inconnu du rhumatisme. Le rôle du sympathique a été aussi mis en relief ces dernières années et a amené des interventions thérapeutiques.

— Les troubles endocriniens. Le rôle de la thyroïde, de l'ovaire, de l'hypophyse, des parathyroïdes (à propos du métabolisme calcique dans l'ostéolyse et l'ostéogénèse) ont été invoqués.

— La dégénérescence, qui serait à l'origine d'un certain nombre de rhumatismes chroniques, groupés sous la dénomination d'ostéoarthrite hypertrophique dégénérative.

— Le terrain, qui n'est que l'ensemble des éléments humoraux, endocriniens, nerveux, déjà mentionnés.

L'ensemble de ces conceptions pathogéniques montre combien le problème est encore obscur et combien disparate est le groupe d'affections réunies encore sous le vocable de rhumatismes. A mesure que nos connaissances progressent, des entités cliniques individualisées se dégagent de cet ensemble, pour se ranger dans d'autres cadres nosologiques. Il semble en être ainsi, par exemple, pour la sciatique essentielle, dite rhumatismale, que les derniers travaux attribuent en réalité à un trouble bien caractérisé, la luxation postérieure du ménisque intervertébral, comprimant les racines du nerf sciatique. Cette conception a entraîné d'ailleurs, une thérapeutique chirurgicale, couronnée de succès.

Les méthodes de recherches concernant les affections

rhumatismales se sont aussi beaucoup enrichies. L'examen clinique comporte des épreuves précises pour déterminer le degré de limitation des mouvements et d'incapacité fonctionnelle, dans les rhumatismes chroniques. Mais à la lumière des nouvelles conceptions pathogéniques, ce sont surtout les méthodes de laboratoire qui ont connu un développement important. Il est en effet utile, surtout dans les formes chroniques, de faire le bilan du métabolisme, de rechercher dans le sang toute une série de produits pouvant être incriminés (acide urique, cholestérine, etc.), de déterminer le métabolisme basal, la vitesse de sédimentation, etc. Toutes ces recherches nécessitent des installations particulières et expliquent, étant donné la fréquence des rhumatismes, la nécessité d'un plan d'ensemble, dans la prophylaxie et la thérapeutique antirhumatismales.

La thérapeutique a connu aussi un renouveau, à la lumière des nouvelles conceptions étiologiques et pathologiques.

Si, dans la maladie de Bouillaud le traitement classique reste le salicylate de soude, des thérapeutiques nouvelles ont été utilisées dans les rhumatismes chroniques :

— La chimiothérapie, avant tout les sels d'or, les formes iodées, l'éther benzyleynamique, les sels de calcium, le complexe iodothiosinamine, etc. Les sels d'or surtout semblent avoir donné de bons résultats. Récemment on a utilisé aussi les sulfamides, qui semblent, dans une première phase passagère aggraver les phénomènes articulaires, pour donner des améliorations, dans une seconde phase.

— L'iode est surtout utilisé dans les formes dégénératives (teintures d'iode, huiles iodées, complexes sulfiodés, etc.).

— La vaccinothérapie et antigénothérapie, agissant spécifiquement (vaccines à bases de streptocoques, de perfringens, entéro-vaccins, etc.), ou en tant que protéinothérapie.

— Les méthodes de choc, utilisant : le soufre et l'argent colloïdal, le lait, la peptone, le venin d'abeilles, et les méthodes de désensibilisation, utilisant : les hyposulfites de soude et de magnésium, l'autohème et l'auto-sérothérapie, la réinjection de l'exsudat articulaire, etc.

— La diététique, avec deux grands régimes. Un régime de restrictions pour les pléthoriques, les gros mangeurs, et un régime riche pour les asthéniques, carencés, longilignes.

— L'opothérapie, dans les formes endocriniennes.

— La physiothérapie: rayons X, électrothérapie, thermothérapie, kinésithérapie.

— La crénothérapie, pouvant permettre la guérison des séquelles d'une poussée inflammatoire et éviter la constitution d'une invalidité.

— L'orthopédie et la chirurgie: plâtres amovibles, opérations parathyroïdiennes dans la spondylose rhizomélique, etc.

En dehors des facteurs déjà envisagés, ce qui a beaucoup contribué au regain d'actualité des affections rhumatismales et ce que nous traiterons en détail dans les chapitres suivants, c'est leur *importance sociale*.

Dès que les statistiques de morbidité et mortalité ont commencé à se développer dans les différents pays, mais surtout dès que, par l'introduction des lois sociales, surtout de la loi sur les assurances sociales, le problème des soins, de l'hospitalisation et des pensions d'invalidité s'est posé pour différentes collectivités, on s'est rendu compte que les affections rhumatismales et leurs complications constituaient un véritable fléau social. On a pu, en effet, constater, d'une part la fréquence importante des maladies rhumatismales par rapport à la morbidité générale, et dans un deuxième ordre d'idées, se rendre compte des incapacités de travail et des invalidités définitives entraînées par ces maladies, longues, traînantes, présentant de nombreuses rechutes et récidives et menant souvent à une impotence fonctionnelle plus ou moins marqué. De plus, l'origine traumatique et professionnelle de certaines de ces maladies ayant été reconnue, les lois de réparation sociale en ont tenu compte et les ont incluses dans leurs dispositions législatives.

Il résulte des statistiques que nous examinerons plus loin, que les maladies rhumatismales doivent, au point de vue de leurs conséquences sociales, être placées sur le même plan que la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme et le cancer.

Le problème s'est donc posé, ces dernières années, d'une organisation méthodique de la lutte antirhumatismale, tant en ce qui concerne la prophylaxie individuelle que la prophylaxie sociale. Cette lutte antirhumatismale bénéficie évidemment des recherches étiologiques, pathogéniques et thérapeutiques, que nous avons brièvement énumérées. Elle

connaît des stades et des formes différentes de développement suivant les différents pays, étant plus avancée, là surtout où on a reconnu plus tôt le caractère social des rhumatismes et la nécessité d'une prophylaxie sociale.

Nous examinerons successivement:

- La classification des affections rhumatismales.
- La morbidité rhumatismale globale. Son importance dans le cadre de la morbidité générale.
- La morbidité rhumatismale suivant les conditions étiologiques.
- La morbidité suivant les formes rhumatismales.
- La mortalité dans les affections rhumatismales.
- Le retentissement des affections rhumatismales sur la capacité de travail.
- Les dépenses sociales pour affections rhumatismales.
- Les rhumatismes et les lois sociales.
- La prophylaxie sociale des affections rhumatismales.

CHAPITRE II

CLASSIFICATION DES AFFECTIONS RHUMATISMALES.

De nombreuses classifications ont été proposées pour l'ensemble des affections souvent hétérogènes, réunies sous le vocable de rhumatisme:

Une première classification topographique distingue:

- des formes articulaires (mono ou polyarthrite), et
- des formes abarticulaires, touchant: les nerfs (névralgies), les muscles (rhumatismes musculaires), le tissu cellulo-fibreux (cellulites).

Une classification basée sur l'évolution distingue:

- des formes aiguës (avant tout la maladie de Bouillaud),
- des formes primitivement chroniques,
- des formes secondairement chroniques.

Ces classifications ne constituent en réalité que de simples catalogues, et demandent à être remplacées par une classification basée sur l'étiologie et la pathogénie. Dans cet ordre d'idées, de très nombreuses ont été formulées. Weissenbach a donné en 1935 la formule suivante, se rapprochant de celles données par Maranon (1932) et P.-S. Kench (1935).

RHUMATISMES AIGUS ET SUBAIGUS (articulaires et abarticulaires)

- a) Maladie de Bouillaud (R.A.A.).
- b) Rhumatismes infectieux: arthrites gonococciques, tuberculeuses, syphilitiques, streptococciques, etc.
- c) Rhumatismes protéiniques et rhumatismes de la sérothérapie et de la chimiothérapie (intolérances articulaires).
- d) Poussées inflammatoires, fluxionnaires ou névralgiques au cours des rhumatismes non-infectieux: torticolis, lumbagos, etc.

RHUMATISMES CHRONIQUES
(articulaires et abarticulaires)

a) Rhumatismes infectieux; d'origine tuberculeuse, gonococcique, focale, etc.; à germes encore inconnus.

b) Dégénératifs: osthéarthrite hypertrophique dégénérative, coxanthrie, lombarthrie, polyanthrite sèche et progressive, etc.

c) Dysmétaboliques: rhumatismes goutteux, oxalémiques, alcaptonuriques, rhumatismes par carence, etc.

d) Endocriniens.

e) Vaso-moteurs (neurotrophiques ou sympathiques).

f) Traumatiques, statiques, dynamiques, rhumatismes professionnels, algies de posture, etc.

g) Rhumatisme chronique algique abarticulaire: musculaire, névralgique, fibreux, cellulitique, etc.

Nous citerons enfin, la nomenclature d'étude, qui avait été adoptée par la Commission Permanente du Rhumatisme, auprès du Ministère de la Santé Publique, en 1937:

1) Maladie de Bouillaud.

2) Arthrites infectieuses et pseudo-rhumatismes infectieux aigus.

Gonococcie.

Tuberculose.

Scarlatine.

Typhoïde.

Syphilis.

Angines, etc.

Cause indéterminée.

3) Manifestations articulaires aiguës d'origine toxique ou médicamenteuse.

Sérique.

Protéïnique.

Médicamenteuse.

4) Rhumatismes chroniques partiels.

Non inflammatoires:

Coxarthrie,

Nodosités d'Héberden, etc.

5) Rhumatismes chroniques progressifs, à tendance généralisée.

Inflammatoire.

Non inflammatoire.

- 6) Rhumatisme vertébral.
 - A. Formes localisées:
 - Cervicale.
 - Dorsale.
 - Lombaire.
 - Spondylite traumatique.
 - B. Formes généralisées:
 - Spondylites aiguës ou subaiguës.
 - Spondylose rhizomélique.
- 7) Rhumatismes abarticulaires (non viscéraux).
 - Aigus ou chroniques, avec pour chacun:
 - Manifestations cellulaires, musculaires, névralgiques.
 - Réactions des tendons et gâines synoviales.
 - Périarthrites.
 - Calcifications périarticulaires.
- 8) Manifestations articulaires post-traumatiques.
- 9) Rhumatisme psoriasique.
- 10) Goutte.
 - Aiguë.
 - Chronique.
 - Abarticulaire.

Ces essais de classification montrent bien, que d'après les conceptions actuelles, le groupe des maladies rhumatismales constitue un ensemble extrêmement polymorphe.

CHAPITRE III

LA MORBIDITE RHUMATISMALE GLOBALE.

SON IMPORTANCE DANS LE CADRE

DE LA MORBIDITE GENERALE.

Les statistiques concernant la morbidité rhumatismale commencent à devenir plus nombreuses dans les différents pays. Cependant elles sont rarement directement comparables, étant réalisés sur des plans différents, à cause de la variabilité de la classification, et à cause du fait que de nombreuses statistiques, réalisées par des Caisses d'Assurances, Société de Secours Mutuels, etc., n'indiquent pas directement des chiffres de morbidité, mais le nombre de jours d'incapacité ou le nombre de jours de pensions d'invalidité, etc...

Néanmoins, les statistiques publiées et dont nous donnerons l'essentiel, montrent d'une manière suggestive l'importance sociale des rhumatismes.

Allemagne.

— En 1925, l'Allgemeine Ortskrankenkasse, réunissant 67 % des ouvriers de Berlin, accuse pour cette année 25.000 cas de rhumatismes entraînant la perte de 100.000 semaines de travail.

— Parmi les ouvriers de l'industrie de Berlin, on note sur 33.000 malades, 4.000 rhumatisants, soit 11 %. (Sommerfeld.)

— A. Fischer soutient que parmi les ouvriers de l'industrie ayant dépassé 40 ans, 58 % offrent des lésions rhumatismales objectivement reconnaissables, 29 % sont arrêtés fréquemment et 8 % occasionnellement par ces affections.

— Sur 106.200 hommes reconnus incapables de travailler en 1925, 11.679 l'étaient pour rhumatismes, et sur 166.278

femmes malades, il y avait 12.784 cas de rhumatismes (Strauss).

— Pour A. Zimmern, dans la population ouvrière allemande, les affections des articulations et des muscles sont 8,2 fois plus nombreuses que les affections tuberculeuses.

— A la clinique Umber, à Berlin, sur 11.373 admissions en 3 ans, on relève 500 cas de rhumatisme (4,3 %) (Beisheim).

— Une statistique des Assurances Sociales de Vienne, en 1934, donne les indications suivantes sur le nombre des malades soignés à l'hôpital (sur 371.884 ouvriers assurés) :

— pour rhumatisme aigu et chronique: 524 cas et 10.341 journées de séjour,

— pour névralgies et névrites: 546 cas et 9.777 journées de séjour.

— pour autres maladies du système locomoteur: 576 cas et 10.900 journées de séjour.

Ces trois groupes représentent ensemble 7 % de la somme totale dispensée pour traitement à l'hôpital.

Danemark.

— Sur 140.000 mutualistes, il y a 42.000 rhumatisants et gouteux (Jansen).

— En 1923, 3.000 malades étaient hospitalisés pour rhumatisme.

— Sur 10.000 adultes de 15 à 65 ans, il y a 15 cas nouveaux de rhumatisme tous les ans.

— Sur 7.927 individus entièrement à la charge de la Société, 1.700 le sont pour rhumatisme articulaire.

Etats-Unis.

— Le rhumatisme atteint 12 % de la population totale du pays (Osgood).

— Dans le Massachusetts, comptant 4.380.000 habitants, 140.000 rhumatisants (3,2 %) exigent annuellement des soins particuliers, alors qu'il n'y a que 16.000 tuberculeux (neuf fois moins) et 11.500 cancéreux (douze fois moins).

— Une statistique de la Metropolitan Insurance Co portant sur 600.000 assurés, montre chaque année 9 % de rhumatisants et 4,5 % seulement de tuberculeux (Hentch).

— Dans la seule ville de New-York, il existe 8.000 rhumatisants avec déformations, grands invalides incapables de tout mouvement.

Grande-Bretagne.

— Un rapport du Ministère de la Santé en 1924, montre que sur 91.000 malades, il y avait 2.500 rhumatisants (2,76 %). Dans cette statistique ne rentrent pas les sujets de moins de 16 ans et de plus de 70 ans, les femmes et les enfants des assurés lorsqu'ils ne travaillent pas, les porteurs de cardiopathies chroniques.

— Sur un total de 16 millions d'assurés sociaux, il existe en Angleterre plus de 400.000 rhumatisants. Plus de la moitié de ces malades sont atteints de rhumatisme chronique, un quart de R.A.A., et le restant de manifestations rhumatismales diverses.

Suède.

— Une statistique réalisée en 1921 et 1922 par G. Kahlmeter et portant sur 20.000 dossiers de pensionnés pour invalidité totale permanente, montre que le rhumatisme articulaire chronique y entre pour 9,1 %, alors que la tuberculose pulmonaire n'y entre que pour 5,8 %.

— Le rhumatisme aigu est la cause d'hospitalisation annuelle d'une moyenne de 2.709 malades (4,38 sur 10.000).

U.R.S.S.

— A Moscou, en 1929, la morbidité annuelle par rhumatismes atteignait 4,2 % pour les ouvriers appartenant à tous les corps de métiers.

— En 1931, le nombre des rhumatisants aigus ou chroniques traités dans les stations thermales et balnéaires de l'U.R.S.S., a dépassé 120.000. En 1933, il montait à 136.500, c'est-à-dire 25 % de tous les malades traités dans les sanatoria balnéologiques (Danichewski).

France.

Pour la France, des statistiques ont été publiées, conçues sur des plans différents. Elles présentent cependant un grand intérêt, donnant une idée de l'ordre de fréquence des maladies rhumatismales dans le cadre de la morbidité générale.

— Pendant la grande guerre, en 1916, Loeper, Bergeron et Vahram évaluèrent à 8 % les évacuations pour rhumatismes dans un secteur du front.

— Pour 1924, la statistique de l'Institut d'assurances d'Alsace-Lorraine, montre que sur un ensemble de 3.179 pensions d'invalidité, attribuées pour différentes maladies, on trouve:

— Pour affections rhumatismales	506	(14 %)
— Pour maladies du cœur	458	(12 %)
— Pour affections respiratoires	12	%
— Pour maladies des artères	10	%
— Pour tuberculose pulmonaire	9	%

— Une statistique de la Caisse interdépartementale des Assurances Sociales de Seine et Seine-et-Oise, due à Ch. Berlioz, montre que sur 4.063 cas d'affections entraînant l'attribution d'une pension d'invalidité, on trouve: 2/3 pour affections tuberculeuses (pulmonaires, osseuses, viscérales).

1/3 se répartissant ainsi:

— affections cardiaques et vasculaires	908
— » nerveuses	685
— » gastro-intestinales	554
— » néoplasiques	531
— » rhumatismales	497
— » diverses	1.505

— Une autre statistique de la même Caisse d'Assurances Sociales montre pour la période 1^{er} mars 1936-28 février 1937, 1.733 rhumatisants sur un total de 46.591 malades (3,8 %) (D^r Marx).

CHAPITRE IV

LA MORBIDITE RHUMATISMALE SUIVANT LES CONDITIONS ETIOLOGIQUES

Nous passerons en revue les différentes circonstances étiologiques, pouvant influencer l'importance de la morbidité rhumatismale, en insistant surtout sur les rapports entre rhumatismes et profession, à cause de l'intérêt social de ce problème.

L'âge. — Le R.A.A. est avant tout une maladie de la seconde enfance et de l'adolescence. Après 25 ans, il se présente avant tout comme récidive. Par contre, pour ce qui concerne les rhumatismes chroniques, leur nombre croît régulièrement avec l'âge. Si les formes infectieuses se voient surtout chez les enfants et les adultes jeunes, les autres formes : rhumatismes dégénératifs, dysmétaboliques, endocriniens, etc., augmentent surtout à partir de la quarantaine.

Le sexe. — Le sexe joue un rôle important pour les affections rhumatismales chroniques, plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. L'arthrite infectieuse progressive est notamment 5 à 6 fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme. De même la ligno-arthrite sèche des genoux, la tendino-synovite, la névralgie cervico-brachiale sont plus fréquentes chez la femme, tandis qu'on rencontre plus fréquemment chez l'homme la forme progressive du rhumatisme psoriasique, la spondylose rhizomélisque, la sciatique, etc.

L'hérédité. — Le rôle de l'hérédité a été beaucoup discuté en ce qui concerne les rhumatismes chroniques, surtout au moment où on plaçait à l'origine de ceux-ci la diathèse arthritique. Des statistiques contradictoires ont été publiées à ce sujet. Certaines formes rares, comme les rhumatismes

alcaptonuriques semblent nettement héréditaires, se comportant comme un caractère mendélien récessif, lié à un gène.

Distribution géographique. — Les affections rhumatismales semblent plus fréquentes dans certaines régions et certaines races. C'est ainsi que la maladie de Bouillaud est plus fréquente en Angleterre qu'aux Pays-Bas. Les statistiques militaires françaises montrent aussi que cette maladie frappe moins les nord-africains et les sénégalais que les blancs. Les rhumatismes chroniques sont plus fréquents et plus graves dans le nord que dans le sud de l'Europe.

Classe sociale. — On connaît depuis longue date le rôle des logements malsains, humides, salpêtrés et privés de soleil d'un côté, celui des conditions alimentaires d'un autre côté, dans la genèse des rhumatismes chroniques.

Le climat. — Les phénomènes météorologiques, la température, la pression atmosphérique, l'état hygrométrique, jouent un rôle important dans l'apparition des poussées et l'aggravation d'un rhumatisme chronique. On a même prouvé, dans certains cas, que le froid et l'humidité pouvaient être à l'origine même de cette affection.

Les professions. — Le problème des rapports entre rhumatisme et profession a fait l'objet d'une discussion importante au troisième congrès international du rhumatisme (Paris 1932).

— Une statistique suédoise (Kahlmeter), pour 1928, constate les proportions suivantes d'invalidité par rhumatisme chronique, par rapport à l'ensemble des cas d'invalidité :

— Pour l'ensemble de la population	12 %
— » les travailleurs agricoles	15,6 %
— » les ouvriers forestiers	13,7 %
— » pêcheurs	11,1 %
— » professions libérales	6,1 %
— » employés de commerce	6,1 %
— » artisans	9 %
— » travailleurs industriels	9,2 %
— » cheminots	10,4 %

— Une statistique sur la fréquence des rhumatismes chez les ouvriers du bâtiment (France), montre que les employés

de bureau sont plus souvent atteints que les ouvriers travaillant au dehors. Parmi ces derniers, par ordre de fréquence décroissante, on doit citer: les cimentiers, les plombiers, les serruriers, les maçons, les peintres, les menuisiers, les couvreurs et seulement en dernier lieu les terrassiers (Bidault).

— Chez les mineurs français, A. Feil a trouvé:

1) Dans les mines de fer:

12 % d'arrêts de travail pour lumbago.

6 % d'arrêts de travail pour rhumatisme articulaire et musculaire.

2) Dans les ardoisières:

22 % d'arrêts de travail pour rhumatisme et lumbago.

Les ouvriers du fond de la mine présentent plus souvent des affections rhumatismales que les ouvriers de la surface.

— Le problème a été particulièrement étudié en U.R.S.S..

Dans les différentes branches de l'industrie soviétique, le nombre des journées d'incapacité de travail par maladie rhumatismale se répartissent ainsi:

(Pour 100 personnes assurées)

— industrie des cuirs	103,6
— extraction du pétrole	98,5
— industrie chimique	72,5
— industrie du verre	63,1
— traitement des métaux	64,5

Dans les groupes non industriels, on trouve des chiffres plus bas:

— employés des institutions de crédit et commerce	14,1
— membres du corps enseignant	26,1
— travailleurs de l'alimentation et du bâtiment	26,5

Pour les ouvriers travaillant dans les industries insuffisamment mécanisées nécessitant une grande dépense d'énergie musculaire, on trouve des chiffres intermédiaires.

Danichevski a montré que la proportion des affections rhumatismales dans les différentes professions dépendait des conditions de travail. Il a incriminé ainsi: chez les fondeurs, la température élevée, l'énergie radiante, l'alternance de haute température et de refroidissement; chez les émon-

deurs, la tension des muscles du bras; chez les lamineurs et les forgerons, l'effet physique important, le changement fréquent de la position du corps; chez les mineurs, l'humidité du puits, les microtraumatismes au cours du travail.

Le rôle des conditions de travail est prouvé aussi par le fait que, pour une même profession, la morbidité rhumatismale est plus importante dans les ateliers anciens que dans ceux nouvellement bâtis ou reconstruits, et où les conditions défavorables du travail ont été complètement éliminées ou réduites au minimum.

L'ensemble de ces circonstances étiologiques joue un rôle important dans la détermination de la morbidité rhumatismale et constitue autant de facteurs qui entrent en ligne de compte dans un plan d'ensemble de lutte contre le rhumatisme.

LA MORBIDITE SUIVANT LES FORMES RHUMATISMALES.

Les statistiques publiées présentent l'inconvénient de n'avoir pas été réalisées sur le même plan. Leur comparaison permet néanmoins des conclusions utiles.

— Une première statistique a été faite d'après les réponses de médecins s'occupant de rhumatismes. Sur 11.878 rhumatisants, elle donne les pourcentages suivants:

Rhumatisme articulaire aigu	5 %
Pseudo-rhumatisme infectieux (origine connue).	10 %
Rhumatisme déformant progressif inflammatoire.	14 %
» » » non inflam-	
matoire	21 %
Arthrites isolées (hanche, genou)	20 %
Goutte	6 %
Lumbago, sciaticque, périarthrites	24 %

Polyarthrites infectieuses (dont 20 cas de R.A.A.).	39 cas
Polyarthrites chroniques non-infectieuses	30 cas
Arthrites et arthroses localisées	46 cas

Manifestations vertébrales	14 cas
Douleurs sacro-iliaques et sciatiques	35 cas
Cellulite	2 cas

Une enquête menée auprès des médecins de la Compagnie de Paris-Orléans donne la répartition suivante des formes rhumatismales:

Rhumatisme articulaire aigu	9,3 %
Arthrites et polyarthrites	18,6 %
Pseudo-rhumatismes infectieux	1,9 %
Coxarthries	1,3 %
Spondylites, spondylose rhizomélisque	0,5 %
Autres rhumatismes vertébraux	1,5 %
Lumbagos et sciatiques	51,0 %
Névralgies cervico-brachiales	6,9 %
Périarthrites de l'épaule	3,8 %
Goutte	4,8 %

— Une statistique de la consultation hospitalière de Buenos-Aires portant sur 401 rhumatisants donne les proportions suivantes (Costa Bertani):

Maladie de Bouillaud	71 cas
Cardiopathies rhumatismales	46 cas
Goutte articulaire	1 cas
Inclassables	22 cas
Types rares de rhumatismes chroniques	3 cas
Rhumatisme par infection focale	71 cas
» gonococcique	8 cas
» tuberculeux	4 cas
» syphilitique	11 cas
» statique	22 cas
» ovarien	3 cas
» déformant	10 cas
» par artério-sclérose et hypertension	4 cas

— La statistique pour 1936 de la clinique de la Croix-Rouge britannique contre le rhumatisme (Peto place, Londres), portant sur 3.422 malades nouveaux et 154.378 séances de traitement, donne les pourcentages suivants:

a) Rhumatismes articulaires.

1° Infectieux:

non spécifiques	9,4 %
spécifiques	0,4 %

2° Traumatiques	1,3 %
3° Dégénératifs:	
séniles	16,8 %
ménopausiques	2,8 %
4° Métaboliques:	
goutte	3,5 %
rhumatisme chronique progressif	4,5 %
autres formes métaboliques	1, %
5° Inclassés	2,3 %
TOTAL	42 %

b) Rhumatismes para-articulaires.

1° Infectieux:	
, non spécifiques	3,3 %
spécifiques	0,3 %
2° Traumatiques	2,5 %
3° Dégénératifs, mécaniques	0,3 %
4° Métaboliques:	
goutte	0,2 %
autres formes métaboliques	0,3 %
5° Inclassés	42,3 %
TOTAL	49,2 %

c) Séquelles de maladie de Bouillaud 0,8 %

d) Affections non rhumatismales 8, %

Ces statistiques montrent surtout l'importance considérable des rhumatismes d'origine infectieuse, par rapport à l'ensemble de la morbidité rhumatismale. Suivant les auteurs, les rhumatismes infectieux représentent de 3/5 à 9/10 des rhumatismes chroniques. Pour Tessier et Rogue, sur 100 cas de rhumatisme infectieux: « la tuberculose peut être mise en cause 40 fois, la blennorragie 25 fois, le rhumatisme articulaire aigu 15 fois; pour les dix autres cas, on peut incriminer: scarlatine, streptococcie, staphylococcie, angine, infection puerpérale ».

Il est encore un autre point de vue, à partir duquel il peut être intéressant de classer la fréquence des différentes formes rhumatismales, c'est le point de vue topographique, suivant la ou les articulations touchées. Pour les formes rhumatismales articulaires, il n'est pas en effet indifférent, au

point de vue des conséquences sociales que cela entraîne pour la capacité de travail, que ce soit le genou ou la main qui soient touchés ou par contre, l'articulation sternoclaviculaire. En réalité, cependant, on rencontre dans un petit nombre de cas des monoarthropathies rhumatismales, le cas habituel étant celui des oligoarthropathies et des polyarthropathies.

Une statistique récemment publiée (Weissenbach, Françon et Mlle Friedel) et portant sur 3.087 rhumatismes articulaires, indique les localisations suivantes, par ordre de fréquence :

I		II		III		IV	
TOTAL	%	MONOARTHROPATHIES	%	OLIGOARTHROPATHIES	%	POLYARTHROPATHIES	%
Genou.	640	68	18,95	150	24,67	422	19,90
Main.	425	13	3,63	59	9,70	353	16,65
Epaule	363	68	18,49	54	8,88	241	11,36
Cheville.	294	15	4,19	31	5,10	248	11,69
Poignet.	236	11	3,07	39	4,94	195	9,19
Pied.	234	19	5,31	47	7,73	168	7,92
Hanche.	213	11	18,44	64	10,53	83	3,91
Coude.	141	8	2,23	8	1,32	124	5,80
Colonne lombaire	179	45	12,53	55	9,05	79	3,73
Colonne cervicale	170	18	5,03	48	7,89	104	4,90
Colonne dorsale	106	14	3,92	36	5,92	56	2,64
Sacro-iliaque	54	13	3,63	25	4,11	16	0,76
Temporo-maxillaire . . .	22	—	—	1	0,16	21	0,99
Sterno-claviculaire . . .	10	—	—	—	—	10	0,47
3.087	100	358	100	608	100	2.121	100

Cette statistique montre dans la première colonne la fréquence absolue de l'atteinte de chaque articulation et dans les colonnes II, III et IV, les fréquences relatives au total des localisations mono, oligo ou polyarticulaires.

Cette statistique indique la fréquence des atteintes polyarticulaires dans les manifestations rhumatismales. Il y a en effet, sur 100 atteintes articulaires: 11 cas de monoarthropathies, 20 cas d'oligoarthropathies (deux ou trois articulations touchées) et 69 % de cas de polyarthropathies.

Par ordre de fréquence des articulations touchées, c'est le genou et la main qui se placent au premier plan. Mais en additionnant les atteintes des différents segments du rachis, on constate pour la colonne vertébrale dans son ensemble, une atteinte dont la fréquence se situe entre celle du genou et celle de la main (14,72 % des cas).

CHAPITRE VI

LA MORTALITE DANS LES AFFECTIONS RHUMATISMALES.

Le problème de la mortalité dans les affections rhumatismales et de l'influence de celles-ci sur la durée de la vie, a fait l'objet de nombreuses études, en ce qui concerne les formes aiguës et notamment la maladie de Bouillaud. Les déterminations cardiaques du rhumatisme articulaire aigu peuvent entraîner, dans certains cas, une mortalité immédiate; plus fréquemment, les cardiopathies rhumatismales entraînent une diminution de la durée de la vie.

— En Angleterre, aux Etats-Unis, on estime que 40 % des cas de mortalité, dus à une cardiopathie sont d'origine rhumatismale. Et, même en dehors de toute cardiopathie, le rhumatisme entraîne un nombre important de décès: 10.000 annuellement pour les Etats-Unis, soit 4 sur 100.000 assurés.

— Des chiffres différents ont été donnés quant aux proportions dans lesquelles la maladie de Bouillaud est immédiatement mortelle. E. Weill note 5 % des cas immédiatement mortels; la statistique de Lesné portant sur 135 ma-

ladés, donne la proportion de 8,9 %. Les cas immédiatement mortels s'observent dans les formes malignes avec rhumatisme cérébral, œdème aigu du poumon, myocardite sévère et surtout pancardite.

— En Angleterre, la mortalité annuelle par rhumatisme atteindrait 3.318 cas, c'est-à-dire 0,34 % de la mortalité globale.

Mais ce sont surtout les complications qui vont se greffer sur la cardiopathie rhumatismale, qui augmentent le taux de mortalité, à échéance plus ou moins éloignée, des sujets atteints par ces affections. Les complications qui menacent et compromettent l'avenir du rhumatisant sont:

— la reprise de l'infection rhumatismale, aggravant les lésions existantes et en créant de nouvelles,

— l'asystolie progressive avec défaillance cardiaque, aboutissant fatal de toute lésion valvulaire,

— l'infection secondaire, qui greffe sur une cardiopathie rhumatismale, une endocardite subaiguë (Vaquez-Lutembacher) ou l'endocardite lente d'Osler, avec son évolution fatale.

La survie moyenne des cardiopathies rhumatismales semble être de 10 ans.

A cet égard le tableau suivant est très suggestif:

Age où s'est constituée l'affection	Nombre de morts	Morts dans l'année	%	Morts dans les 10 premières années	%
1- 5 ans	32	15	47	31	97
6-10 ans	112	36	32,1	103	91
11-15 ans	57	14	14,5	40	70,1
16-20 ans	23	3	12	8	34,8
21-25 ans	14	2	42,2	2	14,2
26-30 ans	77	1	14,2	1	14,2
31-60 ans	12	1	8,2	7	58,3

La mortalité par cardiopathie rhumatismale, sur 1.000 décès dans plusieurs capitales, donne les indications suivantes:

A Paris	1,91
A Berlin	2,38
A Copenhague	3,23
A New-York	3,48

— Portey affirme qu'un enfant atteint par un R.A.A. avant 6 ans, ne parvient jamais à l'âge adulte.

— La statistique générale de l'armée française donne les renseignements suivants, pour la mortalité par maladie de Bouillaud:

De 1901 à 1913	0,025 p. 1.000 décès
Après la guerre	0,015 p. » »

— Une statistique de Grenet portant sur 184 cardiopathies rhumatismales compte en dix ans 44 décès (23,91 %).

Ces quelques chiffres indiquent l'importance de premier ordre qu'il faut attacher à la prévention des manifestations cardiaques du rhumatisme articulaire aigu. Toute une série de mesures thérapeutiques s'imposent dans ce but:

— traitement salicylé intensif pendant la période aiguë et poursuivi longtemps, quoique la valeur préventive de la thérapeutique salicylée contre les complications cardiaques soit encore l'objet de discussions;

— le repos au lit pendant de longs mois peut permettre une rétrocession des phénomènes inflammatoires et une limitation aussi grande que possible des lésions définitives. On se rend facilement compte de la composante sociale de ce traitement, qui sera examinée plus en détail dans le chapitre de la prophylaxie sociale antirhumatismale.

Si de nombreuses statistiques ont été publiées concernant la mortalité dans les formes rhumatismales aiguës, il n'en est pas de même pour les rhumatismes chroniques, étant donné le caractère hétérogène de ce groupe et aussi le fait que contrairement au rhumatisme viscéral, les formes chroniques ne touchent pas de fonctions essentielles de la vie organique.

Une étude vient d'être publiée à ce sujet, donnant les résultats d'une enquête, menée à Zurich (Max Bruck) et qui s'était posée comme tâche de déterminer les rapports entre le rhumatisme chronique et la durée de la vie. L'enquête a porté sur 250 rhumatisants chroniques, soignés à la clinique universitaire de physiothérapie de Zurich. En comparant les chiffres de durée de la vie de ces rhumatisants avec les chiffres de mortalité moyenne de la population zurichoise, on ne trouve aucun écart sensible. Ceci étant vrai, non seulement pour les formes légères, mais aussi pour des formes ayant entraîné des invalidités et infirmités importantes.

L'auteur dégage donc la conclusion que, dans l'ensemble, le rhumatisme chronique ne raccourcit pas la durée de la vie.

Il en résulte donc des dépenses sociales très importantes, nécessitées par ces sujets, infirmes et invalides, incapables donc de subvenir à leurs besoins.

Ceci fournit un argument de plus en faveur de la nécessité d'une prophylaxie sociale antirhumatismale, non seulement pour les formes aiguës dont on connaît depuis longue date les complications cardiaques avec leurs conséquences, mais aussi pour les nombreuses formes chroniques dans le but d'instituer un traitement précoce, pour diminuer la fréquence des invalidités et réduire au maximum leur degré.

CHAPITRE VII

RETENTISSEMENT DES AFFECTIONS RHUMATISMALES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL.

La fréquence des maladies rhumatismales justifierait déjà, à elle seule le fait d'englober les rhumatismes, dans le cadre des maladies sociales. Mais cette considération est encore fortement appuyée par le caractère traînant, souvent progressif de l'affection, qui a comme conséquence d'entraîner pour les sujets atteints, des incapacités de travail plus ou moins prolongées et même des invalidités totales. Aussi s'est-on efforcé, ces dernières années, de préciser le retentissement des maladies rhumatismales sur la capacité de travail.

Il est rare d'observer une invalidité complète définitive d'emblée, comme conséquence d'une affection rhumatismale, sauf pour ce qui concerne la maladie de Bouillaud. Ceci se produit lorsque celle-ci prend l'allure d'une endocardite évolutive sans rémission (8,88 % des cas, suivant la statistique de Lesné) ou lorsqu'elle aboutit à une symphyse cardiaque (8 % des cas suivant Lendet; 5 % des cas suivant Potain et Vaquez).

Ce sont les cardiopathies rhumatismales qui entraînent une invalidité tardive, d'abord partielle, mais se complétant peu à peu. Quant à la fréquence avec laquelle sont atteints

les différents orifices, Findlay a donné les proportions suivantes :

	<i>Sexe masculin</i>	<i>Sexe féminin</i>
Insuffisance mitrale	41 %	59 %
Rétrécissement mitral	41,6 %	58,4 %
Maladies de l'aorte	49,2 %	50,8 %

Les cardiopathies rhumatismales, même lorsque les lésions sont anciennes et cicatricielles, entraînent une invalidité, dont l'importance varie surtout suivant le genre de vie du malade. Ces malades doivent, en effet, mener une vie calme, sans fatigues, sans surmenage.

Les recherches concernant le retentissement des affections rhumatismales sur la capacité de travail, ont porté avant tout sur les formes rhumatismales chroniques. Les enquêtes ont été menées suivant des plans différents, les éléments d'appréciation de l'incapacité de travail variant d'une enquête à l'autre. Nous passerons rapidement en revue les plus importantes, en les groupant suivant l'élément d'appréciation de l'incapacité de travail.

A. — *Nombre de journées d'incapacité et d'arrêt de travail.*

— En Allemagne, d'après une statistique de Strauss sur 2.966.809 journées de maladie, les rhumatismes entraînent en ligne de compte pour 286.233, soit 9,66 %.

— Aux Etats-Unis, en 1932, le rhumatisme a fait perdre dans l'ensemble 7 millions et demi de semaines de travail. Dans le Nebraska, à population surtout industrielle, le rhumatisme a entraîné 19 % des arrêts de travail.

— En Grande-Bretagne, le rapport de 1924 du Ministère de la Santé indique que 17 % des congés pour maladie accordés dans l'année l'ont été pour rhumatisme.

— En U.R.S.S., pour la province de Leningrad, en 1925 les Caisses d'Assurances ont enregistré une perte de 2.350.952 journées de travail pour affections rhumatismales.

Pour la France, des données analogues ont été citées :

— Une enquête sur les cas de rhumatismes qui ont donné lieu à un arrêt de travail à la Compagnie du Gaz de la banlieue parisienne, en 1934, 1935 et 1936, montre que le rhumatisme représente 11,88 % des arrêts totaux de maladie. Ce sont les sciatiques et les lumbagos qui viennent en tête dans

la liste des formes rhumatismales ayant occasionné le plus grand nombre de journées d'arrêt (D^r Barthe).

— Une statistique sur les maladies rhumatismales de la Caisse interdépartementale des Assurances Sociales de Seine et Seine-et-Oise indique pour les malades soignés du 1^{er} mars au 30 septembre 1936, les chiffres suivants de journées d'arrêts de travail (D^r Marx):

Hommes

Journées de soins avec arrêt de travail.

A. Arrêt de travail indemnisé:

	Nombre de malades	Nombre de journées	Moyenne
a) à domicile.	297	13.221	44,5
b) à l'hôpital.	105	8.145	77,6
B. Arrêt de travail non indemnisé. (Journées de carence, jours non ouvrables.)	402	9.449	23,5

Femmes

Journées de soins avec arrêt de travail.

A. Arrêt de travail indemnisé:

a) à domicile.	368	15.684	42,6
b) à l'hôpital.	120	7.709	64,2
B. Arrêt de travail non indemnisé. (Journées de carence, jours non ouvrables.)	488	11.732	24

B. — *Nombre d'invalides par affections rhumatismales.*

En Allemagne, 11 % des invalidités sont d'origine rhumatismale (Zimmer).

— En Belgique, une statistique des invalides parmi les réassurés de la mutualité portant sur 3.500 cas, montre 9 % d'origine rhumatismale.

— Au Danemark, 14 % des invalidités sont imputables aux rhumatismes, alors que 12 % seulement sont d'origine tuberculeuse.

— Aux Etats-Unis, une enquête faite à Hagerstown, donne les chiffres suivants d'invalidité pour 1.000 habitants:

Artériosclérose	1,2
Paralysies diverses	1,5
Cardiopathies	10,1
Rhumatisme	19,6

— En Argentine, l'Administration des Chemins de Fer a accordé en 10 ans, 10.152 pensions d'invalidité définitive. Les affections rhumatismales chroniques représentent 12,64 % du nombre total d'invalidités.

— Aux Pays-Bas, sur 13.000 pensions d'invalidité, les maladies rhumatismales chroniques représentent 9 % (Munter).

— En Suède, Kahlmeter donne les chiffres suivants quant à la proportion des pensions accordées pour invalidités incurables:

	1918	1928
Débilité générale et artériosclérose ..	55,0 %	»
Rhumatismes articulaires chroniques.	9,1 %	11,3 %
Tuberculose pulmonaire	5,8 %	5,4 %

— La statistique de l'Institut d'assurances d'Alsace-Lorraine, portant sur 400.000 assurés, dans la période 1914-1929, indique les proportions suivantes des invalidités déterminées respectivement par: tuberculose, rhumatisme et sciatique.

ANNÉES	TUBERCULOSE	RHUM. ARTICULAIRES ET MUSCULAIRES	SCIATIQUES ET MALADIES
		GOUTTE	DES NERFS
1918	396	173	39
1919	491	241	37
1920	354	423	20
1921	316	350	19
1922	396	376	28
1923	376	485	28
1924	399	560	38

On voit que le chiffre d'invalidité pour affections rhumatismales tend à s'élever presque régulièrement et dépasse largement celui des invalidités occasionnées par la tuberculose.

— La statistique de la Caisse interdépartementale d'Assurances Sociales de Seine et Seine-et-Oise, que nous avons citée à propos de la morbidité rhumatismale globale, montre que dans l'attribution des pensions d'invalidité, les rhumatismes viennent en cinquième rang, si l'on ne tient pas compte des très nombreuses rentes d'invalidités accordées pour affections tuberculeuses de toute nature (2/3 des pensions, au total).

Cette caisse a accordé entre le 1^{er} janvier 1933 et le 1^{er} juin 1938, 497 pensions d'invalidité pour rhumatisme. Sur 644 demandes d'invalidité formulées par les assurés sociaux atteints d'affections rhumatismales pendant cette période, 140 ont été rejetées, la capacité de travail restante étant supérieure à un tiers, et 7 ont bénéficié de la continuation des soins pour la durée d'un an, afin d'empêcher la constitution d'une invalidité définitive.

Les 497 rhumatisants, pensionnés pour invalidité (260 hommes et 237 femmes), peuvent être classés, d'après la forme de l'affection:

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
I. Maladie de Bouillaud:			
a) Séquelles articulaires du R.A.A.	7	5	12
b) Cardiopathies	99	102	201
II. Formes polyarticulaires:			
a) Formes d'origine infectieuse	20	16	36
b) Rhumatisme chronique progressif.	4	20	24
c) Polyarthrite sèche progressive.	23	9	32
III. Formes mono ou oligoarticulaires:			
a) Hanches	35	41	76
b) Sacro-iliaques	3	1	4
c) Genoux	20	13	33
d) Pieds	7	7	14
e) Epaules	4	3	7
f) Coudes	1	1	2
g) Poignets et mains	6	1	7
h) Rachis	31	18	49
	260	237	497

Certaines formes de rhumatismes sont plus spécialement causes d'invalidité comme le prouve la statistique suivante, qui indique le pourcentage d'invalidité par rapport aux différentes formes rhumatismales (D^r Brace-Gillot).

Hommes

Rhumatisme chronique progressif	2 %
Goutteux	2 %
Forme traînante de maladie de Bouillaud	1 %
Spondylose rhizomélique	2 %

Femmes

Rhumatisme chronique progressif	54 %
Polyarthrite au début	5 %
Arthrite des hanches	6 %
Arthrite chronique des genoux	2 %
Oligo-arthrite chronique d'origine infectieuse connue.	4 %
Maladie de Bouillaud	1 %
Névrite cervico-brachiale avec périarthrite scapulaire.	1 %

On voit l'importance du rhumatisme chronique progressif comme cause d'invalidité, et ceci d'autant plus qu'il atteint souvent des articulations d'importance capitale, quant à la possibilité de travail, comme la coxo-fémorale.

Au point de vue du retentissement des affections rhumatismales sur la capacité de travail, il faut souligner le fait que le point de vue clinique ne correspond pas toujours au point de vue social. En effet, beaucoup de malades considérés cliniquement comme guéris ou du moins améliorés, présentent une capacité de travail limitée et sont même quelquefois totalement incapables de reprendre leur travail. La statistique suivante est très suggestive à cet égard, mettant en comparaison les résultats cliniques et les résultats relatifs à la capacité de travail. Elle a été réalisée, chez 1.030 assurés sociaux rhumatisants de Silésie, soignés dans la période de mai 1937 à septembre 1940 (H. Tichy) :

NATURE DE L'AFFECTION RHUMATISMALE	NOMBRE DE MALADES	RÉSULTATS CLINIQUES		RÉSULTATS ÉCONOMIQUES		
		GUÉRIS OU AMÉLIORÉS	NON GUÉRIS	CAPABLES DE TRAVAILLER	CAPACITÉ LIMITÉE	INCAPABLES DE TRAVAILLER
Rhumatisme articulaire primitive- ment chronique	93	89	4	40	37	16
Rhumatisme articulaire secondaire- ment chronique	207	205	2	138	49	20
Rhumatisme vertébral	46	41	5	3	27	16
Rhumatisme articulaire déformant ..	248	242	6	181	56	11
Périarthrite scapulaire	25	23	2	16	7	2
Rhumatisme musculaire	81	80	1	73	7	1
Sciatiques.	284	279	5	242	31	11
Autres névralgies	15	15	—	11	4	—
Arthrite gonococcique	2	2	—	2	—	—
Séquelles d'ostéomyélite	2	2	—	2	—	—
Séquelles de blessures	4	3	1	2	1	1
Atrophie musculaire	1	1	—	1	—	—
Goutte. . .	1	1	—	1	—	—
Tuberculose du rachis	1	—	1	—	—	1
Scléroses multiples	4	4	—	—	2	—
Diverses . .	16	15	1	9	4	3
	1.030	1.002	28	723	225	82

On remarque que les sujets capables de retravailler ne représentent que 72 % du nombre total des sujets guéris ou améliorés.

L'importance du retentissement des affections rhumatismales sur la capacité de travail nécessite l'établissement du diagnostic de rhumatisme chronique à la période de troubles fonctionnels, avant l'apparition des signes physiques et radiologiques. Lorsque ces derniers signes apparaissent, le problème thérapeutique est devenu plus difficile en général.

Pour la recherche des troubles fonctionnels, on s'adresse en premier à la limitation des mouvements. Différentes techniques, d'ailleurs très simples, ont été décrites pour mesurer l'étendue des mouvements et leur limitation éventuelle, au niveau des grandes articulations comme la coxo-fémorale, au niveau aussi de la colonne vertébrale.

Un des aspects importants de la lutte antirhumatismale doit donc consister à tout mettre en œuvre pour dépister précocement le rhumatisme chronique afin d'enrayer son développement progressif et de limiter son retentissement sur la capacité de travail du sujet atteint.

CHAPITRE VIII

LES DEPENSES SOCIALES POUR AFFECTIONS RHUMATISMALES.

Par le retentissement sur la capacité de travail, par les arrêts de travail répétés et prolongés, par les invalidités auxquelles elles peuvent aboutir, les affections rhumatismales entraînent des dépenses sociales importantes. Nous envisagerons les dépenses globales pour rhumatismes, d'après les statistiques de différents pays et les chiffres de pensions d'invalidité accordées par différentes collectivités aux rhumatisants.

— Aux Etats-Unis, en 1931, 10 millions de dollars ont été versés en pensions, à 35.000 rhumatisants invalides.

— En Grande-Bretagne, d'après l'enquête du ministère de la santé publique en 1922, les sociétés de secours mutuels ont dépensé deux millions de livres pour rhumatismes. Cette somme s'élevait à cinq millions de livres en 1927.

— En Norvège, la rente d'invalidité des rhumatisants de moins de 65 ans équivaut à 25 millions de francs (Kornmann).

— En Suède, les sommes annuellement allouées aux rhumatisants chroniques incurables, s'élevaient en 1932 à 6 millions de couronnes.

— En U.R.S.S., les caisses d'assurances de la province de Leningrad, ont payé, en 1925, 7 millions de roubles comme primes d'assurances à des rhumatisants.

— En France, l'enquête sur les rhumatisants de la Compagnie du gaz de la banlieue parisienne indique la proportion des dépenses pour rhumatismes dans l'ensemble des dépenses pour maladie :

Salaires payés au personnel en 1934, 1935,	
1936	62.454.575 fr.
Total des indemnités de maladie pendant	
3 ans	3.114.364 fr.
Indemnités versées à 239 rhumatisants ..	402.722 fr.

Les indemnités versées aux rhumatisants représentent ainsi 0,65 % du total ds salaires et 13 % du total des indemnités-maladie.

Il faut ajouter à ces dépenses les frais de la Société de Secours Mutuels du personnel, qui rembourse 90 % des frais médicaux et pharmaceutiques, ainsi que les frais d'hospitalisation. Sur 629.050 fr. qu'elle a dépensés pendant cette période, pour l'ensemble des malades, les rhumatisants ont reçu 38.780 fr., soit 6,16 % de l'ensemble des frais.

— L'enquête de la Caisse interdépartementale des Assurances Sociales de Seine, Seine-et-Oise et Seine-et-Marne indique les charges financières suivantes pour la période du 1^{er} mars au 30 septembre 1936, pour affections rhumatismales :

<i>Hommes</i>			
	Sommes régées	Nombre de malades	Moyenne par maladie
Soins médicaux	72.944 95	470	155 20
Journées indemnisées..	296.630 60	402	737 89
Frais d'hospitalisation..	64.325 »	105	612 62
Frais pharmaceutiques .	54.478 55	408	133 53
Total,	489.379 10	470	1.039 60

Femmes

Soins médicaux	94.114 85	621	151 55
Journées indemnisées..	234.622 80	488	480 78
Frais d'hospitalisation..	64.773 70	120	139 78
Frais pharmaceutiques .	66.274 85	530	125 05
Total.	459.786 20	621	740 40

La somme moyenne dépensée est donc de 1.039 fr. 60 pour rhumatisant et 740 fr. 40 pour rhumatisante. Ceci s'explique par le prix moindre des journées d'incapacité de travail pour les femmes.

CHAPITRE IX

LES RHUMATISMES ET LES LOIS SOCIALES

Les affections rhumatismales, aiguës et chroniques, par leur fréquence, le pourcentage important qu'elles représentent dans la morbidité générale, par le retentissement qu'elles entraînent sur la capacité de travail, par leur évolution généralement traînante imposant de lourdes dépenses aux collectivités, par le rôle des conditions de travail dans l'étiologie de certaines de leurs formes, doivent être considérées, et le sont d'ailleurs de plus en plus, comme des maladies sociales. Nous examinerons les dispositions législatives qui, en France, au point de vue de la médecine sociale, peuvent intéresser les rhumatisants.

Les dispositions législatives s'appliquant à la médecine sociale en général peuvent être utilisées en faveur des rhumatisants; l'assistance médicale gratuite; l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables; les assurances sociales sous leur triple aspect: assurance-maladie, assurance-invalidité, assurance-prévention. Quant aux invalidités d'origine rhumatismale, elles sont réparées, si elles ont une origine militaire, ou sont occasionnées par un accident du travail ou une maladie professionnelle.

A) *Les lois d'assistance sociale.* — Les dispositions législatives dont les rhumatisants peuvent bénéficier dans le cadre des lois sont les suivantes:

— Par l'assistance médicale gratuite (loi du 15 juillet 1893), le rhumatisant qui remplit les conditions légales peut obtenir :

1) L'allocation d'assistance à domicile, comprenant les honoraires des médecins, chirurgiens, du service d'assistance médicale, les soins dentaires, la délivrance de certains médicaments et appareils;

2) L'hospitalisation ou le placement, soit dans les hôpitaux publics, soit dans des établissements privés avec lesquels le service départemental d'assistance médicale gratuite a passé un contrat.

De plus, des soins thermaux peuvent être obtenus pour les malades des hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris, dans certaines conditions. L'Assistance Publique de Paris a créé aussi l'hospice de Garches, réservé aux chroniques, et qui permet un traitement de longue durée par physiothérapie et électrothérapie, permettant la récupération de certains malades. Les rhumatisants chroniques représentent environ un quart des hospitalisés de Garches.

— Par l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables (loi du 4 juillet 1905), les rhumatisants qui entrent dans le cadre de ces dispositions législatives peuvent obtenir :

1) Des allocations d'assistance à domicile, dont le taux est variable pour chaque commune, et comportant une majoration spéciale pour les grands infirmes;

2) L'hospitalisation définitive et le placement, qui peut se faire soit dans les hospices publics communaux et départementaux, soit dans des établissements privés avec lesquels le département a passé un contrat, soit par placement hétéro-familial, soit encore par placement avec logement seul.

B) *La loi des Assurances Sociales.* — Les rhumatisants qui remplissent les conditions d'immatriculation et de cotisation peuvent bénéficier de la loi des Assurances Sociales sous ses différents aspects :

— L'assurance-maladie est particulièrement importante pour les rhumatisants, étant donné le caractère trainant, chronique de l'affection et son retentissement sur la capacité de travail, risquant d'entraîner à brève échéance la misère dans les familles économiquement faibles, lorsque le soutien en est atteint.

Les assurés sociaux rhumatisants bénéficient des soins,

comme pour le reste des maladies. Pour ceux qui ont besoin de l'intervention de spécialistes ou de traitements spéciaux : physiothérapie, massages, etc., le médecin traitant doit faire une demande et obtenir l'avis du médecin contrôleur de la Caisse. Les assurés sociaux rhumatisants ont également la possibilité de cures thermales.

— L'assurance-invalidité peut être accordée aux rhumatisants; elle est le prolongement de l'assurance-maladie, à l'expiration du délai de 6 mois. Si l'incapacité de travail est de deux tiers (66 %), l'invalidité donne droit à une pension. Le taux de cette pension est le même pour tous les degrés d'invalidité de 66 % et plus, mais il varie suivant l'âge, la date d'affiliation et le salaire moyen de l'assuré. L'invalidé a droit à la continuation des soins pendant une période de cinq ans. La limite de l'invalidité est fixée à 60 ans, après quoi, elle est remplacée par la pension vieillesse.

— L'assurance-prévention est aussi envisagée par les textes législatifs. Le décret-loi du 30 octobre 1935 (art. 6, § 14) prévoit que « l'assuré a droit aux consultations... dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant de la Caisse d'assurances, dont il reçoit des secours de maladie ou ayant passé des contrats avec elle ».

Devant une affection laissant présager une invalidité future, les caisses peuvent prendre des mesures de prévention et accorder des soins préventifs, sans cessation de travail, pendant une durée maximum de 2 ans.

Les Unions de caisses primaires peuvent, à leur tour, non seulement organiser le contrôle des malades susceptibles de devenir invalides, mais encore développer des œuvres d'hygiène et de prévention, dispensaires, sanatoriums, maisons de convalescence, etc...

Donc, au titre de la loi des Assurances Sociales, les rhumatisants malades peuvent bénéficier des soins et de l'hospitalisation; les infirmes et les incurables bénéficient de l'assurance-invalidité; enfin, et ceci est très important pour les affections rhumatismales, ils peuvent bénéficier de toute une série de mesures préventives, destinées à éviter la constitution d'une invalidité définitive.

C) *La loi des pensions militaires.* — C'est la loi du 31 mars 1919, applicable aux blessés et malades de guerre, et qui envisage, pour les différentes catégories de malades,

les conditions dans lesquelles joue la présomption d'origine.

Au point de vue rhumatismal, ce qu'il est fréquent de constater, c'est la maladie de Bouillaud chez les soldats jeunes, alors que chez les militaires de carrière c'est surtout une affection rhumatismale chronique.

La pension peut être accordée à titre temporaire. Elle n'est accordée à titre définitif par la Commission de réforme que lorsque l'invalidité est incurable. Le taux d'invalidité est fixé suivant un barème qui, au point de vue rhumatismal, ne prévoit que le rhumatisme vertébral, avec les indices suivants :

Attitude vicieuse, après affection longuement douloureuse (sciaticque, etc.)	5 à 15 %
Immobilisation douloureuse de la région lombaire	5 à 25 %
Immobilisation douloureuse de la région cervicale	5 à 25 %
Rhumatisme vertébral avec douleurs à forme névralgique irradiées le long des membres supérieur ou inférieur, à forme de névrite brachiale ou crurale	20 à 40 %
Spondylose rhizomélisque: l'immobilisation est limitée à la région lombaire, modérément douloureuse; la mobilité des hanches n'est pas très réduite	20 à 30 %
Spondylose rhizomélisque: l'immobilisation se porte sur toute la hauteur du rachis et sur les hanches (avec ou sans limitation de la mobilisation des épaules)	30 à 80 %
Séquelles d'ostéo-arthrite vertébrale infectieuse (suivant déviation, immobilisation ou douleurs)	15 à 35 %

Les lésions rhumatismales des autres articulations (hanche, épaule, etc.) sont évaluées suivant le barème des raideurs et ankyloses des articulations respectives. Quant à la maladie de Bouillaud, elle est évaluée suivant ses séquelles avant tout cardiaques.

D) *La loi sur les accidents du travail.* — C'est la loi du 1^{er} juillet 1938 qui s'applique aux rhumatisants exécutant un contrat de louage de services pour les accidents survenus du fait ou à l'occasion du travail.

Pendant la période d'incapacité temporaire, durant jusqu'au moment où les soins médicaux sont devenus inutiles, le blessé touche, jusqu'au trente-troisième jour, la moitié de son salaire, et après, les deux tiers du salaire journalier.

Si l'incapacité devient permanente jusqu'au taux de 50 %, le blessé touche une rente égale à la moitié de la réduction de capacité que l'accident lui aura causée; à partir de ce taux, il touche l'indemnité totale. Enfin, en cas d'incapacité absolue, il touche les trois quarts du salaire annuel.

— Le rhumatisme articulaire aigu intervient rarement comme accident du travail. Il peut s'agir soit du déclenchement d'une maladie de Bouillaud, soit de l'apparition d'une cardiopathie rhumatismale, par l'accident ou ses conséquences.

— Le rhumatisme aigu infectieux peut être invoqué lorsqu'il s'agit, par exemple, d'un blennorragique chronique chez lequel un traumatisme ayant porté sur une articulation déclenche, dans un délai admissible, une arthrite gonococcique.

— Les rhumatismes chroniques sont beaucoup plus souvent invoqués, un accident du travail pouvant déclencher une arthrite chronique ou aggraver une localisation rhumatismale chronique préexistante. Il peut s'agir :

d'une hydarthrose banale post-traumatique du genou;

d'une arthrite sèche ou d'une péri-arthrite du genou ou de l'épaule;

d'une arthrose du coude avec proliférations osseuses et limitation des mouvements.

Le plus souvent, il s'agit de l'aggravation par le traumatisme d'une lésion chronique préexistante : lombarthrie, spondylose, coxarthrie, etc... cette aggravation pouvant être uniquement fonctionnelle, sans lésions radiologiques ou au contraire être à la fois anatomique et fonctionnelle.

Pour la réparation du dommage, ce qui compte c'est l'état fonctionnel après l'accident, et un barème officiel indique le taux d'invalidité pour les différentes localisations.

E) *La loi sur les maladies professionnelles.* — La loi du 25 octobre 1919, étendue par la loi du 1^{er} janvier 1931 et les décrets du 12 juillet 1936 et 9 décembre 1938, prévoit, dans certaines conditions, l'indemnisation de certaines maladies professionnelles. Elle intéresse, à ce titre, une catégorie de rhumatisants. L'indemnisation des maladies professionnelles

est prévue suivant qu'elles relèvent d'un agent chimique, physique, végétal ou animé.

Les agents chimiques sont très rarement à l'origine des affections rhumatismales professionnelles. Pour cette catégorie de maladie, la loi prévoit uniquement l'indemnisation du rhumatisme saturnin et de la goutte saturnine. Mais il faut y adjoindre la fluorose chronique, qui s'observe chez les ouvriers de la cryolite, occupés à des fabrications électrolytiques de l'aluminium, des superphosphates, etc...

Les agents végétaux et les agents animés à caractère professionnel donnent peu de troubles de nature rhumatismale.

Par contre, les agents physiques, surtout sous la forme de micro-traumatismes répétés, ont été invoqués à l'origine d'un certain nombre d'affections rhumatismales, notamment dans :

l'hygroma des parquetteurs,

l'œdème des pelotaris basques,

les synovites des menuisiers, des pianistes, etc...

les lésions articulaires chroniques chez les travailleurs des caissons,

et surtout dans l'arthrose du coude, chez les ouvriers se servant d'outils pneumatiques.

L'indemnisation de ces affections n'est pas encore légale.

Telles sont les dispositions législatives essentielles dont les rhumatisants peuvent bénéficier, au titre des lois actuelles d'assistance, assurance et réparation sociale.

CHAPITRE X

PROPHYLAXIE SOCIALE

DES AFFECTIONS RHUMATISMALES.

La reconnaissance du caractère social des affections rhumatismales entraîne comme corollaire la nécessité d'une prophylaxie sociale. Le rhumatisant, comme toute autre catégorie de malade, devra évidemment être soumis à un traitement individuel dès l'apparition des premières manifes-

tations de l'affection. Le problème de la thérapeutique antirhumatismale n'entre pas dans le cadre de notre étude, mais nous voulons seulement mentionner que si le salicylate de soude constitue la thérapeutique classique de la maladie de Bouillaud, de nombreux traitements ont été, par contre, proposés en ce qui concerne les rhumatismes chroniques, en fonction des différents aspects cliniques et aussi des conditions pathogéniques et étiologiques présidant au déclenchement de ces affections.

Mais, en dehors du traitement individuel du rhumatisant, il se pose toute une série de problèmes d'ordre social, concernant aussi bien l'organisation de ce traitement (consultations spéciales, salles d'hôpitaux réservées aux rhumatisants, sanatoriums pour rhumatisants, etc.), que la prévention des affections rhumatismales et de leurs conséquences, et encore l'organisation de l'enseignement, des recherches et de la propagande scientifique, concernant les rhumatismes.

Au point de vue de la prophylaxie sociale, il faut envisager surtout deux ordres de problèmes :

— Des mesures de prévention, ayant trait aux conditions d'habitation, aux conditions de travail, à la suppression de foyers infectieux (dentaire, amygdalien, etc.), pouvant être à l'origine d'une affection rhumatismale.

— Une fois la maladie rhumatismale déclarée, des mesures de prévention, pour éviter, dans les formes aiguës, la constitution et l'évolution d'une cardiopathie, et dans les cas chroniques, la constitution définitive d'une invalidité.

Des mesures, répondant à ces deux aspects de la prophylaxie sociale antirhumatismale ont été réalisées, suivant des plans différents, dans différents pays.

Nous passerons rapidement en revue, les réalisations obtenues dans ce domaine, à l'étranger, pour faire ensuite le bilan des réalisations françaises.

La Suède est un des premiers pays qui ait procédé à l'organisation méthodique de la lutte antirhumatismale, sur le plan social, sous l'impulsion surtout de Kahlmeter, qui avait montré, par des chiffres éloquents, dès 1921-1922, que les rhumatismes constituaient un véritable fléau social, entraînant pour la collectivité, sous la forme de pensions d'invalidité, des dépenses considérables.

Au début, les rhumatisants furent soignés dans les hôpitaux existants, surtout communaux et dans une trentaine de

stations hydro-minérales, comportant surtout des sources ferrugineuses. On se rendit cependant bien compte que ces hôpitaux ne correspondaient pas au but proposé, étant dépourvus de l'équipement nécessaire, surtout physiothérapique. La direction des Pensions fit alors construire trois établissements hospitaliers, qui sont avant tout des centres de physiothérapie, disposant actuellement de 500 lits. Ces formations hospitalières sont situées à Tranås (Suède méridionale), Nynä (côte de la Baltique) et Åre (Suède septentrionale). Elles disposent de mécanothérapie, rayons X, ondes courtes, etc. On y soigne des malades atteints de myalgies, névralgies, formes légères d'ostéoarthrite hypertrophique dégénérative, etc. Ils font des séjours de 4 à 6 semaines.

Un problème plus difficile a été celui du traitement des rhumatismes chroniques progressifs infectieux, dont on connaît la fréquence des déformations et attitudes vicieuses qu'ils entraînent. Pour soigner ce genre de malades, des pavillons hospitaliers (au nombre de six), spéciaux pour rhumatisants, ont été construits. Ce sont des pavillons autonomes, mais ils fonctionnent dans le cadre des grands hôpitaux généraux, bénéficiant donc de toutes les installations particulières de ces derniers (radiologie, chirurgie, orthopédie, oto-rhino-laryngologie, etc.). Ces pavillons sont pourvus d'un équipement mécanothérapique perfectionné. Y sont soignés annuellement environ deux mille rhumatisants. A la fin du traitement, on s'efforce d'aider les malades, en leur allouant une subvention pour leur permettre l'apprentissage d'un métier compatible avec leur état de santé.

Les pavillons existants ne suffisant pas, on envisage la création d'une série de nouveaux pavillons, et de plus à Stockholm, dans le grand hôpital en voie de construction, un des quatre services de médecine interne est réservé aux rhumatisants. On envisage aussi la création d'un Institut de Recherches scientifiques consacré au rhumatisme et la fondation de maisons de convalescence pour les enfants atteints de maladie de Bouillaud.

L'ensemble de ces mesures a déjà donné des résultats. Parmi les rhumatisants sortis des hôpitaux en 1933: 57 % étaient rétablis, 26 % améliorés et seulement 17 % sans changement. De plus, sur un million de cas de polyarthrite chronique, traités de 1915 à 1922, Kahlmeter a pu dénombrer

62 % de cas de malades ayant récupéré une capacité de travail, leur permettant de gagner leur vie.

En Grande-Bretagne aussi, après la grande enquête statistique menée en 1922 par G. Newman, la lutte antirhumatismale a connu un important développement.

Pour les enfants rhumatisants et cardiaques, des maisons spéciales de convalescence ont été créées. Il existe plusieurs maisons de convalescence de cette nature, la plus ancienne étant l' « Edgar Lee » (fondée en 1912), la plus importante, celle de Carshalton (400 lits). Les enfants convalescents de maladie de Bouillaud ou chorée, avec ou sans atteinte cardiaque, y sont soignés et surveillés, pendant une longue période de 4 à 6 mois. Une fois sortis de ces maisons de convalescence, les enfants continuent à être soumis à une surveillance médicale à domicile, des enquêtes sont faites sur leur condition d'habitation et de plus ils sont dirigés vers les écoles qui leur conviennent le mieux.

En effet, à Londres, il existe des écoles spéciales pour enfants rhumatisants. Ces écoles répondent à des conditions particulières: suppression des escaliers, des horaires spéciaux pour assurer le repos au cours de la journée, la présence d'infirmières spécialisées, etc.

L'école de Baskerville est une institution analogue, dans la banlieue de la grande ville industrielle de Birmingham. Les enfants y sont divisés en 4 catégories suivant leurs possibilités physiques, certains passant presque toute la journée sur les brancards, mais pouvant être envoyés dans une autre division dès que leur état physique s'améliore.

Il faut citer encore le Centre de diagnostic et de traitement antirhumatismal de Londres, appartenant à la Croix-Rouge Britannique. C'est un centre extrêmement important, pouvant recevoir 500 malades par jour. On y procède à de nombreux examens de laboratoire et surtout à des traitements physiothérapiques et hydrothérapiques. C'est ainsi qu'en 1936, 154.378 traitements de cette nature ont été administrés, avec les résultats suivants:

— disparition de tout symptôme objectif	60,3 %
— nettement améliorés	29,0 %
— amélioration légère ou inchangée	10,5 %
— aggravés	0,2 %

La Hollande offre surtout, dans le cadre de la lutte anti-

rhumatismale, l'exemple du dispensaire du Dr Van Bremen (fondé en 1928). Ce dispensaire, qui dispose d'une clinique de physiothérapie, d'un laboratoire d'analyses biologiques et d'une installation de radiologie, reçoit et traite chaque année environ 4.000 malades. Le dispensaire peut suivre les résultats du traitement pendant de longues années. De plus, en liaison avec des médecins d'usine, il procède à des enquêtes médico-sociales, sur le rôle de certaines professions dans l'étiologie du rhumatisme.

Pour la Hongrie, il faut signaler que c'est le premier pays à avoir institué en 1932 un enseignement officiel de rhumatologie, avec une clinique spécialisée et une chaire de rhumatologie à l'Université de Budapest.

En U.R.S.S. un grand développement a été donné tant aux recherches scientifiques concernant le rhumatisme qu'à l'organisation de la prophylaxie sociale antirhumatismale. Danichevski a montré, sur la base d'une importante enquête, le rôle des conditions de travail et surtout des facteurs techniques dans les affections rhumatismales qui frappent tout particulièrement certaines professions déterminées. Il a insisté aussi sur le rôle des conditions d'habitation, montrant que les indices de morbidité étaient plus bas pour les habitants des nouveaux logements hygiéniques que pour ceux des quartiers où les constructions nouvelles sont moins développées.

Au point de vue de la lutte antirhumatismale ont été organisés: des dispensaires antirhumatismaux, des cabinets spéciaux antirhumatismaux dans les usines et enfin, des groupes de lutte contre le rhumatisme, réunissant les rhumatisants eux-mêmes.

Les mesures de prévention générale comprennent:

- la liquidation des conditions pathogènes dans les entreprises, par le changement des processus technologiques;
- la réduction des heures de travail et l'introduction d'interruptions fréquentes dans les industries nocives;
- enfin la sélection professionnelle des ouvriers, pour les professions à caractère rhumatogène.

Au point de vue du traitement on a beaucoup développé la physiothérapie et la balnéothérapie. 144 stations balnéologiques fonctionnent actuellement, totalisant près de 64.000 lits. En 1933, les rhumatisants traités dans les stations balnéologiques furent au nombre de 136.500, c'est-à-dire près

de 25 % du nombre total des malades traités dans ces stations.

En France, depuis plusieurs années déjà, sur la base des réalisations obtenues à l'étranger, par l'initiative de plusieurs personnalités médicales s'occupant des maladies rhumatismales, le problème est à l'ordre du jour.

Auprès du Conseil Supérieur d'Hygiène Sociale, une commission du rhumatisme avait été nommée en 1938, chargée de la préparation, la direction et l'exécution d'un programme de lutte antirhumatismale.

Des études importantes consacrées aux maladies rhumatismales, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue social ont été publiées ces dernières années. Une section française de la Ligue internationale contre le rhumatisme a été constituée et des revues spécialisées: *Revue du rhumatisme*, *Archives de rhumatologie*, sont publiées.

Dans le cadre des mesures de prévention, certains résultats ont été obtenus, concernant notamment: les problèmes d'urbanisme, l'hygiène scolaire, l'hygiène alimentaire et l'hygiène industrielle.

Au point de vue du traitement, il faut souligner le rôle du médecin de famille qui suit les étapes de l'affection. C'est à lui qu'il incombe de collaborer avec les centres et services spécialisés antirhumatismaux.

Il n'existe pas encore en France de formations hospitalières spécialisées comme celles décrites pour d'autres pays.

Les rhumatismes ambulatoires se font soigner:

a) dans les polycliniques hospitalières (une quinzaine à Paris et quelques-unes en province);

b) dans les centres d'hydrothérapie et de physiothérapie, comme celui de l'Hôtel-Dieu, à Paris;

c) dans les centres de triage hydroclimatique, qui fonctionnent à Paris dans le service du Professeur Villaret.

En cas d'hospitalisation, les rhumatisants sont soignés:

a) dans les salles communes des hôpitaux d'adultes et d'enfants. A l'hôpital de Versailles cependant, un pavillon a été réservé spécialement aux sujets atteints de maladie de Bouillaud;

b) dans les hôpitaux thermaux civils et militaires, dont le nombre et les installations sont encore insuffisants;

c) dans les hospices, pour les infirmes et les incurables.

Il faut enfin signaler que, pour les économiquement

faibles, les Assurances Sociales peuvent, en développant les mesures de prévention, venir énormément en aide aux rhumatisants, et éviter la constitution d'invalidités définitives partielles ou totales.

Pour développer les fonctions anti-rhumatismales existantes, plusieurs plans ont été proposés en France. Nous soulignerons surtout leurs caractères communs.

Sur le plan de l'enseignement et des recherches scientifiques, on a demandé la création de chaires de rhumatologie dans les principales Facultés de Médecine.

Sur le plan des mesures de prévention, on a insisté sur :

- la nécessité d'une éducation hygiénique du public;
- l'assainissement du logement et des conditions du travail;
- la suppression des foyers d'infection (dents, amygdales, sinus), pouvant être à l'origine de rhumatismes;
- le perfectionnement des bureaux d'orientation professionnelle et d'emploi de la main d'œuvre défectueuse.

Le problème important reste surtout celui du traitement.

A ce point de vue, il est important de développer des centres de diagnostic et de traitement, fonctionnant surtout comme des consultations externes. Ces polycliniques établissent le diagnostic, mettent en action le service social, instituent le traitement des cas légers et font le triage des sujets, les envoyant vers des services spécialisés d'électrothérapie, radiothérapie, curiethérapie, crénothérapie, etc.

En ce qui concerne l'hospitalisation des rhumatisants, la grande majorité des auteurs est d'accord pour réclamer la création de services spéciaux pour rhumatisants, dans le cadre des grands centres hospitaliers. Dans ces services spéciaux, seraient placés les malades menacés d'invalidité : femmes jeunes atteintes de rhumatisme chronique progressif infectieux, enfants atteints de rhumatisme articulaire aigu ou présentant une maladie de Chauffard-Still, etc. Ces services doivent être réservés aussi aux rhumatisants qui ont à subir une opération chirurgicale et aux cas d'études et d'enseignement.

Comme élément important de la thérapeutique antirhumatismale, il serait utile aussi de développer les cures hydrothermales.

Dans le cadre du traitement post-hospitalier, on a demandé la création de :

— maisons de convalescence pour enfants atteints de rhumatisme articulaire aigu;

— maisons de convalescence pour adultes, véritables sanatoriums pour rhumatisants;

— enfin de maisons de santé pour les malades aisés.

Pour être complet, il faut encore envisager la création d'un centre de récupération fonctionnelle et d'orientation de travail pour les rhumatisants guéris ou améliorés.

Telles sont les lignes essentielles des différents plans de lutte antirhumatismale qui ont été proposés en France ces dernières années.

La réalisation de tels plans suppose évidemment des dépenses importantes. Mais, en regardant ces dépenses, par rapport au but proposé, on se rend compte qu'elles constituent ce type de dépenses productives dont Calmette a dit: « Les dépenses faites pour la sauvegarde de la Santé publique sont les seules productives de richesses, puisqu'elles protègent le capital humain: si elles grèvent momentanément le budget, elles constituent en réalité le plus fructueux des placements d'épargne. »

CONCLUSIONS

1) Les affections rhumatismales connaissent ces dernières années un renouveau d'actualité, non seulement par les recherches scientifiques qui leur ont été consacrées, dans les domaines nosologique, étiologique, pathogénique, clinique et thérapeutique, mais aussi par la reconnaissance de leur importance sociale.

2) L'ensemble des entités cliniques et des syndromes aigus et chroniques, groupés sous le vocable de rhumatisme, représentent, d'après diverses statistiques, une moyenne d'environ 10 % du chiffre global de morbidité d'un côté, et du chiffre total de pensions d'invalidité, accordées par différentes collectivités, d'un autre côté.

3) Parmi les différents facteurs, influençant l'importance de la morbidité rhumatismale, il faut accorder une place importante, aux côtés des facteurs âge, sexe, hérédité et climat, au facteur professionnel. D'après plusieurs enquêtes il

a été établi que certaines professions étaient particulièrement rhumatogènes, et que la proportion des affections rhumatismales dans les différentes professions dépendait, en partie, des conditions technologiques du travail.

4) Les statistiques montrent que parmi les formes aiguës, c'est avant tout la maladie de Bouillaud qui entre en ligne de compte, tandis que parmi les formes chroniques, ce sont les rhumatismes d'origine infectieuse qui représentent la grande majorité des cas.

5) La maladie de Bouillaud et ses complications cardiaques peuvent entraîner dans un nombre restreint de cas une mortalité immédiate; dans tous les cas, elles entraînent une diminution de la durée de la vie. Les rhumatismes chroniques par contre, ne touchant aucun organe d'importance vitale, ne semblent pas exercer d'influence sur la durée de la vie.

6) L'importance sociale des rhumatismes résulte surtout de leur retentissement sur la capacité de travail des malades atteints. Le rhumatisme articulaire aigu n'entraîne que rarement une invalidité complète définitive d'emblée, mais le plus souvent une invalidité tardive, d'abord partielle, mais se complétant peu à peu. Ce sont surtout les rhumatismes chroniques avec leur caractère traînant et progressif, qui retentissent d'une manière importante sur la capacité de travail, comme le prouvent de nombreuses enquêtes, tant en ce qui concerne le nombre de journées d'incapacité et d'arrêt de travail, que le nombre d'invalidités, imputables à ces affections.

7) Par le retentissement sur la capacité de travail, par les arrêts de travail répétés et prolongés, par les invalidités auxquelles elles peuvent aboutir, les affections rhumatismales entraînent des dépenses sociales importantes, comme le prouvent les enquêtes sur les sommes allouées aux rhumatisants par différentes collectivités, pour raison de maladie ou d'invalidité.

8) Toute une série de dispositions législatives, s'appliquant à la médecine sociale en général, peuvent être utilisées en faveur des rhumatisants: assistance médicale gratuite; assistance aux vieillards, infirmes et incurables; assurances sociales sous leur triple aspect: assurance-maladie, assurance-invalidité et assurance-prévention. Les lois de réparation sociale: loi des pensions militaires, loi sur les acci-

dents du travail, loi sur les maladies professionnelles, contiennent des dispositions particulières concernant les affections rhumatismales.

9) Sur le plan de la prophylaxie sociale, il faut surtout envisager :

a) des mesures de prévention ayant trait aux conditions d'habitation, aux conditions de travail, à la suppression de foyers infectieux locaux pouvant être à l'origine d'une affection rhumatismale;

b) une fois la maladie rhumatismale déclarée, des mesures de prévention, pour éviter dans les formes aiguës, la constitution et l'évolution d'une cardiopathie, et dans les cas chroniques, la constitution définitive d'une invalidité.

10) Dans plusieurs pays, les réalisations les plus importantes dans la lutte anti-rhumatismale sont :

— création de centres de diagnostic et traitement, spécialisés pour rhumatisants;

— création de centres de physio et créno-thérapie pour rhumatisants légers;

— création de pavillons spéciaux pour rhumatisants, dans le cadre des grands hôpitaux généraux;

— création de centres de convalescence pour enfants rhumatisants et cardiaques et d'écoles spéciales pour cette catégorie de malades.

11) En France, un plan rhumatismal a été établi, comprenant surtout la création de centres de diagnostic et traitement et de pavillons hospitaliers spéciaux pour rhumatisants, et le développement des cures hydro-thermales.

12) Etant donné la fréquence des rhumatismes et leur retentissement profond sur la capacité de travail des sujets atteints, les dépenses engagées pour réaliser un vaste plan de lutte antirhumatismale ne peuvent être considérées que comme des dépenses positives, protégeant le capital humain.

Vu: *Le Doyen*,
A. BAUDOUIN.

Vu: *Le Président de Thèse*,
L. TANON.

Vu et permis d'imprimer:

Le Doyen de la Faculté des Sciences
chargé des fonctions de Recteur de l'Académie de Paris,
C. MAURAIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BACH F. — Le centre de diagnostic et de traitement de Peto Place. (*L'Hygiène sociale*, n° 154, mai 1936.)
- BASCH G. — Rhumatisme et hygiène sociale. Un an d'expertise des rhumatisants à la Caisse interdépartementale d'Assurances Sociales. (*Revue du Rhumatisme*, n° 5, mai 1937.)
- BERLIOZ Ch. — Rhumatisme et invalidité en matière d'assurances sociales. (*Le Bulletin médical*, n° 17, 29 avril 1939.)
- COPEMAN W.-S.-C. — Le traitement du rhumatisme chronique en Grande-Bretagne. (*Revue du Rhumatisme*, n° 5, mai 1936.)
- COSTE Fl. et MORIN M. — Ce que coûte le rhumatisme. (*Revue du Rhumatisme*, n° 4, avril 1939.)
- CROUZON O. et DUVOIR M. — Rhumatismes et lois sociales. (*Revue du Rhumatisme*, n° 4, avril 1939.)
- DANICHEVSKI Pr. — Le rhumatisme et le travail professionnel. (*Revue du Rhumatisme*, n° 5, mai 1936.)
- DEGUST H. et BRACE-GILLOT L. — L'entr'aide des rhumatisants. (*Le Bulletin médical*, n° 17, 29 avril 1939.)
- FEIL A. — Rhumatisme et travailleurs des mines. (*Presse médicale*, n° 10, 2 février 1938.)
- FORESTIER J. — Les centres de traitement antirhumatismaux en Suède. (*L'Hygiène sociale*, n° 154, mai 1936.)
- FRANÇON F. — Le problème des affections rhumatismales en médecine sociale. (*L'Hôpital*, n° 163, mars 1926 [B].)
- FREUND E. — La lutte contre le rhumatisme en Autriche. (*Revue du Rhumatisme*, n° 5, mai 1936.)
- GUDZENT Pr. — La lutte contre le rhumatisme en Allemagne. (*Revue du Rhumatisme*, n° 5, mai 1936.)
- KAHLMETER G. — Les mesures prises en Suède, afin d'assurer des soins aux rhumatisants. (*Revue du Rhumatisme*, n° 5, mai 1936.)
- LACAPERE J. — Organisation de la lutte antirhumatismale en France. (*Revue du Rhumatisme*, n° 4, avril 1939.)
- LAIGNEL-LAVASTINE. — La ligue française contre le rhumatisme. (*L'Hygiène sociale*, n° 154, mai 1936.)
- LAIGNEL-LAVASTINE et DEGUST H. — Les œuvres sociales et la lutte contre le rhumatisme. (*Revue du Rhumatisme*, n° 4, avril 1939.)

- LANGLOIS L. — Le rhumatisme dans l'enfance. (*L'Hygiène sociale*, n° 154, mai 1936.)
- LERICHE R. — Le mécanisme physio-pathologique du rhumatisme chronique. (*L'Hygiène sociale*, n° 154, mai 1936.)
- MASSART R. et VIDAL-NAQUET G. — Les thérapeutiques chirurgicales et orthopédiques chez les rhumatisants chroniques. (*L'Hygiène sociale*, n° 154, mai 1936.)
- MOLINERY R. et MOLINERY P. — Le rhumatisme et l'évolution sociale du thermo-climatisme français. (*L'Hygiène sociale*, n° 154, mai 1936.)
- MOUCHET A. — Sciatique et chirurgie ou la mise au tombeau de la sciatique essentielle dite « rhumatismale ». (*Paris-Médical*, n° 16, 20 avril 1941.)
- MUNTER (de). — Rhumatismes chroniques et maladies professionnelles. (*Annales de médecine physique*, 27^e année, fascicule 1.)
- OUMANSKI et NEGREANO. — La cardiopathie rhumatismale. (*L'Hygiène sociale*, n° 154, mai 1936.)
- POLAK Ch. — Rhumatisme et condition sociale. (*L'Hygiène sociale*, n° 154, mai 1936.)
- SCHLESSINGER B. — L'hôpital pour enfants rhumatisants de « The invalid children's aid association ». (*L'Hygiène sociale*, n° 154, mai 1936.)
- THEILER R. et LITICHEWSKY Mlle. — Fréquence et coût du rhumatisme. (*L'Hygiène sociale*, n° 154, mai 1936.)
- TICHY H. — Sur la capacité de travail des rhumatisants. (*Zeitschrift für Rheumaforschung*, n° 11, 1940.)
- VAN BREMEN J. — La ligue internationale contre le rhumatisme. (*L'Hygiène sociale*, n° 154, mai 1936.)
- VAN BREMEN J. — Bureau de consultation (dispensaire) pour les rhumatisants. (*Revue du Rhumatisme*, n° 5, mai 1936.)
- VILLARET M. et JUSTIN-BESANÇON L. — Le traitement thermal des rhumatisants indigents. (*Revue du Rhumatisme*, n° 4, avril 1939.)
- VON PAP L. — Thérapeutique et prophylaxie des affections rhumatismales en Hongrie. (*Revue du Rhumatisme*, n° 5, mai 1936.)
- WEILL M.-P. — Le traitement du rhumatisme, œuvre sociale. (*L'Hygiène sociale*, n° 154, mai 1936.)
- WEILL M.-P. — Trois mesures urgentes indispensables à prendre en matière d'armement antirhumatismal. (*Revue du Rhumatisme*, n° 5, mai 1936.)
- WEISSENBAACH R.-J. et FRANÇON F. — Causes et traitements des rhumatismes chroniques (1928).

- WEISSENBAACH R.-J. et FRANÇON F. — Hygiène des gouteux et des rhumatisants (1932).
- WEISSENBAACH R.-J. et FRANÇON F. — Les rhumatismes, maladies sociales (1939).
- WEISSENBAACH R.-J. et FRANÇON F. — Un plan français d'armement antirhumatismal. (*Le Bulletin médical*, n° 17, 29 avril 1939.)
- WEISSENBAACH R.-J. et FRANÇON F. — L'exemple donné par la Suède dans la lutte contre le rhumatisme. (*Le Bulletin médical*, n° 17, 29 avril 1939.)
- WEISSENBAACH R.-J. et FRANÇON F. — Quelques aspects de la lutte contre le rhumatisme à l'étranger. Un plan français d'armement antirhumatismal. (*Revue du Rhumatisme*, n° 4, mai 1936.)

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
<i>Chapitre premier.</i> — Introduction. Actualité des maladies rhumatismales.	11
<i>Chapitre II.</i> — Classification des affections rhumatismales.	18
<i>Chapitre III.</i> — La morbidité rhumatismale globale. Son importance dans le cadre de la morbidité générale	21
<i>Chapitre IV.</i> — La morbidité rhumatismale suivant les conditions étiologiques	25
<i>Chapitre V.</i> — La morbidité suivant les formes rhumatismales.	29
<i>Chapitre VI.</i> — La mortalité dans les affections rhumatismales.	34
<i>Chapitre VII.</i> — Retentissement des affections rhumatismales sur la capacité de travail	37
<i>Chapitre VIII.</i> — Les dépenses sociales pour affections rhumatismales.	44
<i>Chapitre IX.</i> — Les rhumatismes et les lois sociales	46
<i>Chapitre X.</i> — Prophylaxie sociale des affections rhumatismales.	51
<i>Conclusions.</i>	58
<i>Bibliographie.</i>	61